

妊娠腹痛确诊为淋巴瘤合并自发性脾破裂 1 例

张志彪¹ 严丽²

[关键词] 妊娠;腹痛;淋巴瘤;脾破裂;ICU

doi:10.13201/j.issn.1009-5918.2018.09.017

[中图分类号] R657.6 [文献标识码] D

Pregnancy with abdominal pain identified as lymphoma accompanied with spontaneous spleen rupture:one case report and literature review

Summary 27-years old woman with 33 weeks of pregnancy,admitted to infection disease department for abdominal pain and fever. She was transferred to ICU because of pulmonary failure at night. She received cesarean section at next morning. Everything seemed to be improved until the next day. Shock,respiratory failure,acute kidney injury,DIC—all arrived at once. Abdominal laparotomy immediately and found spontaneous spleen rupture. Spleen biopsy and bone marrow aspiration showed invasive lymphoma. The clinical and laboratory findings associated with lymphoma accompanied pregnancy were often mistakenly diagnose. Spleen rupture is a very rare situation in pregnant. So it is hard to identify this disease earlier. This patient suffered a very critical situation,respiratory failure twice,shock,coagulation dysfunction,and so on. Multidisciplinary team is the key point to rescue this patient.

Key words pregnancy;abdominal pain;lymphoma;spleen rupture,ICU

1 病例资料

患者,女,27岁。因“孕30⁺³周,腹痛1周,发热3d”以“发热待查”于2016年1月8日收治至我院感染科。患者1周前无明显诱因开始出现上腹疼痛,持续性胀痛,能耐受,进食后加重,伴有暖气。在当地医院就诊时开始出现发热,最高体温39.2℃,以“腹痛伴发热原因待查”收入。入院时患者体温38.9℃,脉搏115次/min,呼吸22次/min,血压110/70 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),神志清楚,被动体位,双肺呼吸音略粗,心率115次/min,律齐,心音不弱,腹部膨隆,右下腹、剑下压痛,肝肋下未及,脾脏左侧锁骨中心肋下9 cm可及,肝浊音界上界位于锁骨中线第5肋间,移动性浊音(-),双下肢水肿明显。入院当晚检查发现WBC 1.71×10⁹/L,N 0.92×10⁹/L,RBC 2.67×10¹²/L,HB 79 g/L,PLT 25×10⁹/L,PT 21 s,INR 1.90,KPTT 59.1 s,D₂ 12.77 μg/ml,FIB 0.94 g/L,ALT 72 U/L,AST 463 U/L,TP 53.2 g/L,ALB 24.6 g/L,TB 21.5 μmol/L,DB 15.1 μmol/L,UA 472.1 μmol/L,LDH 1799 U/L,CR 43 μmol/L,ESR(-),sCRP 19.5 mg/L,hsTNI(-),NT-proBNP 101 pg/L,PCT 0.75 ng/ml 脂肪酶,淀粉酶,直接抗人球蛋白试验(-)。超声脾肿大,中期妊娠,单活胎。后因呼吸困难,高热于入院当天转ICU。转入时体温38.5℃,脉搏110次/min,呼吸22次/min,血压94/51 mmHg,余体征无明显

差异。次日凌晨,呼吸困难加重,面罩给氧下SPO₂ 94%,经全院大会诊讨论后于急诊全身麻醉下行剖宫产术。术中见黄色清亮腹水100 mm左右,因宫腔内渗血较多,给一双侧子宫动脉上行支结扎术。麻醉清醒后,顺利脱机拔管。次日患者再度出现呼吸窘迫,35次/min,高热39.4℃,心率148次/min,皮肤黏膜苍白,随后马上出现意识障碍,急查血常规提示HB 57 g/L,乳酸11.79 mmol/L,纤维蛋白原0.61 g/L,PT 25.6 s,KPTT 63.4 s,INR 2.45,pH 7.15,PO₂ 50 mmHg,BP 100/60 mmHg(去甲肾上腺素泵维持),再次紧急气管插管。行床边B超发现肝前间隙,右侧腹,左侧腹及盆腔可见前后径1.2、9.2、4.4、6.8 cm无回声区。术后腹腔引流共50 ml淡红色液体。给以扩容、纠正酸中毒,改善凝血功能等处理,患者仍迅速出现休克,DIC及无尿。再次复查床边B超提示脾脏6.3 cm,考虑存在脾破裂。夜间急诊剖腹探查,术中可见腹腔内暗红色液体4500 ml,子宫色泽正常,收缩可,子宫下段切口、双侧附件及阔韧带未见活动性出血及血肿,邀请外科医生上台,见脾破裂,遂行脾切除术,标本送检后转回ICU病房。术后因为休克、DIC、严重酸中毒、无尿,肝功能受损,给以PiCCO行持续血流动力学监测,CRRT及机械通气等脏器功能支持,稳定内环境、补充凝血因子纠正DIC,抗休克等治疗。同时行骨髓穿刺术,结果提示为:分类中粒细胞比例62.5%,早幼粒细胞偏高占7.5%,中性粒细胞中晚幼阶段比例增高成熟阶段比例低,部分细胞质内有毒性颗粒和(或)空泡。分类不明细胞占9.5%,胞体中等或偏大,细胞质

¹应城市人民医院急诊科(湖北应城,432400)

²华中科技大学同济医学院附属同济医院急诊科

通信作者:严丽,E-mail:yanli@163.com

量中等,部分有脱尾,细胞质内有紫红色颗粒。组织细胞占 2%,可见吞噬现象。骨髓细胞流式免疫分型:约 3.57% 细胞考虑为异常 NK 细胞可能性大,CD7 及细胞质穿孔表达素减弱,不表达 CD16、CD11b、CD8、CD57、KI67 阳性率 28.4%,警惕侵袭性。脾脏活检结果提示:镜下可见脾组织结构可辨,脾小体萎缩,红髓见大量组织细胞增生并吞噬成熟红细胞、淋巴细胞及细胞碎片,其间散在淋巴细胞,经免疫组化标记为 T 细胞,结合免疫表型,符合 NK/T 淋巴瘤表现。确诊为:妊娠合并 NK/T 淋巴瘤合并自发性脾破裂,失血性休克,多脏器功能不全(肝、肺、凝血、肾)。于 2016 年 1 月 19 日顺利脱离呼吸机,肾脏功能改善,转血液科继续治疗。

2 讨论

据统计,目前妊娠合并癌症的发病率为 0.07%~0.10%,妊娠合并肿瘤的类型与非妊娠期妇女常见的肿瘤类型无差异,主要包括乳腺癌、宫颈癌、恶性黑色素瘤、淋巴瘤和白血病。淋巴瘤的发病率位于第 4 位,约为 1:6 000^[1]。有些危险因素极易诱发恶性淋巴瘤的发生,如感染^[2](包括 EB 病毒^[3]、人类免疫缺陷病毒)、免疫功能障碍、化学物质、电离辐射等。该位患者追问病史,血常规曾出现异常长达 3 年,但从未就诊。此次发作,是否有感染诱发因素,我们高度怀疑。

妊娠期合并血液系统肿瘤患者的症状和体征类似非孕女性,缺乏典型的临床表现。同时,妊娠相关症状及生理变化,如乏力、气短、贫血、血小板减少等难以与疾病相关的症状准确区分,进而被忽视,延误疾病的诊断^[4]。因此我们的体会是:对于孕妇有不明原因的发热、乏力、出血倾向或血细胞异常增高,血小板下降,进行性贫血应进一步行血液检查,甚至骨髓检查。本例患者在入院时因为骨髓三系的抑制以及脾脏的肿大,很快意识到合并血液系统疾病的可能,因此在第一时间终止妊娠并完成了骨髓的检查,为以后的治疗很好的提供了依据。

由于妊娠合并淋巴瘤起病隐匿,症状不典型,极易延误诊断,往往是出现了严重的临床症状后在进一步就诊。为避免胎儿受到辐射,影像学检查的应用受到限制,因此可能进一步的延误诊断和最佳治疗时机。

妊娠合并淋巴瘤的治疗需要权衡诸多因素。但目前认为如果尽早积极有效的治疗,血液系统肿瘤较之实体瘤有更大的治愈可能^[5]。过去认为一旦确诊妊娠合并淋巴瘤应立即引产,主要原因是:①积极的治疗对胎儿有潜在负面影响,包括自发性流产、新生儿畸形及肿瘤;②继发于疾病本身与治疗的严重骨髓移植,随时危及母体及胎儿。但迄今无确凿证据表明引产有利于患者的预后,并且部分

学者认为妊娠早期治疗相关的流产风险大^[6]。因此如果病情本身不危重,可以尝试在密切监测下妊娠至孕中晚期,在分别选择相应的治疗方案。但在本文中,该位患者已经表现出了明显的呼吸抑制,终止妊娠后一度病情平稳。因此作者个人倾向妊娠中晚期合并淋巴瘤的患者一旦出现脏器功能不全建议尽早终止妊娠。

自发性脾破裂是指无明确外伤史而发生的脾脏突发性破裂,占全部脾脏破裂的 3%~4%。妊娠期脾脏破裂更为罕见。妊娠晚期自发性脾脏破裂术前诊断较为困难,需要与胎盘早剥、子宫破裂、腹主动脉瘤破裂等疾病鉴别。本文中的患者,手术前即已出现了凝血机制的障碍,确诊更为困难。仔细的超声诊断、全面的病情评估有利于早期发现腹腔内出血。在本文中,剖宫产术后一度病情平稳,但患者很快出现休克前期变化(意识改变,心率偏快,呼吸窘迫,代谢性酸中毒),ICU 医生非常快地意识到腹腔出血的可能。但患者因术前即存在 DIC,不能排除手术部位的渗血或出血,作出正确的判断并不是件容易的事情。在本例患者中,我们结合超声脾脏大小的改变及腹腔诊断性的穿刺结果,立即行了急诊的剖腹探查后确诊为脾破裂,并进行了脾切除,中断了“多米诺骨牌”效应,为此后患者生命体征的稳定,脏器功能的恢复迈出了关键的一步。

此外,在本例患者的成功救治中,我们发现多学科团队合作是成功的基石。患者病程中两次出现呼吸衰竭,严重的凝血机制障碍、急性的肾功能衰竭, PiCCO、CRRT、机械通气、妇产科、普通外科两次联合手术等多学科专业合作才使得患者最终转危为安。随着中国基本国策的变化“二胎政策”的出现,越来越多的妊娠合并相关疾病都需要多学科的参与。

参考文献

- [1] Silva C, Chung F S. Pregnancy and cancer [J]. Adv Exp Med Biol, 2012, 732: 89-102.
- [2] De Falco G, Rogena E A, Leoncini L. Infectious agents and lymphoma [J]. Semin Diagn Pathol, 2011, 28(2): 178-187.
- [3] Roschewski M, Wilson W H. EBV-associated lymphomas in adults [J]. Best Pract Res Clin Haematol, 2012, 25(1): 75-89.
- [4] Abadi U, Koren G, Lishner M. Leukemia and lymphoma in pregnancy [J]. Hematol Oncol Clin North Am, 2011, 25(2): 277-291.
- [5] Brenner B, Avivi I, Lishner M. Haematological cancers in pregnancy [J]. Lancet, 2012, 379(9815): 580-587.
- [6] McCoun K T, Fragneto R Y. Cancer and pregnancy: a difficult combination requiring multidisciplinary care [J]. J Clin Anesth, 2012, 24(7): 521-523.